78

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Émile MISRACHI

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FOSSETTES ET HERNIES PÉRI-DUODÉNALES

Président : M. NICOLAS, *professeur*

PARIS

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, VIe

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE

MESSIEURS LES DOCTEURS BRUHL ET ENRIQUEZ

Médecins des Hôpitaux

INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. DUVAL

MONSIEUR LE DOCTEUR BEURNIER

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOSSET

Les fossettes duodénales et péri-duodénales ont été l'objet de plusieurs études.

Néanmoins, les hernies rétro-péritonéales dont elles sont susceptibles d'être le siège ne sont pas mentionnées dans les traités de chirurgie récents et les chirurgiens qui rapportent des observations de ces variétés de hernies internes en apprécient souvent inexactement le point de départ.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/contributionletu0011vari_n4l2

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

FOSSETTES ET HERNIES

PÉRI-DUODÉNALES

HISTORIQUE

Dès 1857 Treitz décrit la fossette duodéno-jéjunale. Gruber (1862) signale à gauche de la précédente une fossette limitée par deux plis vasculaires, l'un longitudinal formé par l'artère colique gauche, l'autre transversal soulevé par la veine mésentérique inférieure. Cette fossette est étudiée plus complètement par Lanzert (1871).

Trèves (1885) décrit deux fossettes duodénales, l'une paraît correspondre à la partie inférieure de la fossette duodéno-jéjunale, l'autre est « limitée par un repli que soulève la crosse de la veine mésentérique inférieure ». Jonnesco (1889-1890) décrit autour de la portion ascendante du duodénum et de l'angle duodéno-jéjunal, trois fossettes péritonéales : fossette duodéno-jéjunale, et les fossettes duodénales supérieure et inférieure.

Brœsike (1891) donne une nouvelle description de

la fossette para-duodénale, décrit un recessus intra-mésocôlique et signale deux cas de hernies rétro-péritonéales droites qu'il localise très justement dans une fossette para-jéjunale.

Poisson (1895) s'attache à décrire avec précision certaines particularités de ces fossettes et leur origine.

Sir B. Moynihan (1899) résume clairement les travaux de ses prédécesseurs.

Depuis 1900 surtout enfin, un certain nombre d'interventions chirurgicales pour des hernies rétro-péritonéales ont permis de préciser certains points que n'avaient pu complètement éclaircir les travaux des anatomistes.

Certains diverticules péritonéaux, péri-duodénaux sont exceptionnellement rencontrés, d'autres par leur présence fréquente et le développement considérable qu'ils sont susceptibles d'acquérir méritent d'être plus longuement étudiés.

Fossette duodéno-jéjunale

Le mésocôlon transverse étant relevé et la première anse jéjunale assez fortement attirée en avant et à droite l'on aperçoit cette fossette immédiatement à gauche de l'angle duodéno-jéjunal.

Cette fossette est de forme semi-lunaire son orifice d'entrée regarde à droite et sa limite antérieure est un repli péritonéal tranchant fortement concave. La corne inférieure de ce repli se perd sur la quatrième portion du duodénum en se continuant insensiblement avec le péritoine qui la revêt. La corne supérieure atteint le feuillet inférieur du mésocolon transverse.

Dans toute la partie supérieure du bord libre de l'orifice d'entrée de la fossette chemine la veine mésentérique inférieure. Seule la corne inférieure de ce repli péritonéal reste à une certaine distance de la veine.

La paroi postérieure de ce recessus est constituée par le flanc gauche de l'extrémité supérieure de la quatrième portion du duodénum. Le fond atteint en

haut le pancréas ainsi que la veine rénale gauche et en dehors, le rein.

Cette description de Treitz ne diffère pas essentiellement de celle de Jonnesco (1).

« Cette fossette que j'ai décrite le premier en 1889 a été vue depuis un certain nombre de fois. Elle siège au niveau de l'angle duodéno-jéjunal entre son dos et la racine du mésocôlon transverse; elle ne coïncide jamais avec une autre. Son existence nécessite la pénétration au moins apparente de l'angle duodéno-jéjunal dans l'épaisseur de la racine du mésocolon transverse ; ceci explique sa rareté relative ; en 1889 je ne l'avais vue que cinq fois (sur 30 sujets) depuis, je l'ai rencontrée assez souvent elle existe en moyenne vingt fois sur cent. Son orifice d'entrée regarde en avant ; pour le bien voir il faut attirer le jéjunum en avant et en bas ; la poche qui leur fait suite s'enfonce dans l'épaisseur de la racine du mésocôlon transverse. Elle est située dans un

---

1. L'on s'est efforcé de démontrer que ces auteurs avaient décrit des recessus indépendants.

L'on a tour à tour attribué à Treitz la description d'une fossette duodéno-jéjunale distincte puis celle de la fossette duodénale inférieure (Moynihan).

Treitz a décrit une fossette dont l'orifice regarde à droite et en avant, limitée par un *repli vasculaire* situé immédiatement à gauche de l'angle duodéno-jéjunal, repli contenant la veine mésentérique inférieure et dont la corne supérieure se perd sur le mésocôlon transverse.

Il ne peut donc s'agir de la fossette duodénale inférieure mais bien de la fossette duodéno-jéjunale.

Cette dernière présente quelques variations selon que la veine mésentérique chemine au contact ou à distance du bord libre du repli mésocolique qu'elle paraît constituer et que celui-ci s'avance plus ou moins vers la droite.

plan sagittal et s'enfonce dans un espace prévertébral répondant à la deuxième vertèbre lombaire et limité en haut par le pancréas qu'on voit par transparence à travers la mince paroi de la fossette ; à droite par l'aorte, à gauche par le rein de ce côté, sous son fond passe la large veine rénale gauche dans sa cavité fait hernie l'angle duodeno-jéjunal. Profonde de 2 à 3 centimètres, large de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres, ses parois sont formées en arrière par le mésocôlon transverse ; en avant par l'angle duodéno-jéjunal ; latéralement par deux replis séreux triangulaires, les replis duodéno-jéjunaux ou mésocoliques droit et gauche. L'orifice de la fossette, large, pouvant admettre la pulpe de l'index, est limité par les bords libres des deux replis latéralement, par le mésocôlon transverse et la crosse de la veine mésentérique inférieure en arrière; par le dos de l'angle duodéno-jéjunal en avant.

Quelquefois il est rétréci par un petit pli séreux tendu entre les cornes postérieures ou mésocoliques du bord libre des deux replis ».

L'existence d'un semblable recessus paraît attribuable à une anomalie de trajet de la portion terminale de la veine mésentérique inférieure. Cette veine décrit dans sa portion terminale un arc qui surplombe l'angle duodéno-jéjunal. Au point où elle pénètre le mésocolon transverse au lieu de suivre son insertion pariétale elle chemine en des cas exceptionnels libre dans ce dernier, à plusieurs centimètres de la paroi. On observe fréquemment alors

au-dessous de la veine un pli falciforme à bord libre inférieur et concave. Entre ce pli et l'angle duodéno-jéjunal siège le recessus signalé par Treitz.

Jonnesco paraît avoir notablement exagéré la fréquence avec laquelle l'on découvre ce recessus.

Nous n'avons observé qu'un petit nombre de fossettes duodéno-jéjunales, encore n'étaient-elles que des dépressions insignifiantes qui étaient loin de ressembler aux diverticules péritonéaux susceptibles d'admettre un segment intestinal que l'on a signalés.

Ainsi d'après Shattock (musée du Saint-Thomas Hospital) une hernie duodéno-jéjunale de forme globuleuse atteignait la taille d'une orange, avec un orifice d'entrée béant et un contenu constitué par le segment juxta-duodénal du jéjunum.

Observation de hernie duodéno-jéjunale

M. A.-E.-J. Barker rapporte qu'ayant voulu faire une gastro-entérostomie transmésocolique (pour cancer de l'estomac), il constata que le mésocolon transverse était soulevé par une tuméfaction volumineuse.

Ce mésocolon relevé, aucune anse grêle n'apparaissait. Tout le jéjuno-iléon était contenu dans le sac d'une hernie duodéno-jéjunale.

L'auteur n'eut pas à surmonter cet intéressant obstacle à la gastro-entérostomie car l'opération ne put malheureusement être poursuivie du fait de l'extension des lésions (1).

---

1. L'insuffisance de la description ne permet pas de discuter le siège attribué au sac herniaire dans ces deux observations.

Fossette para-duodénale

C'est un large cul-de-sac péritonéal situé à gauche et à une certaine distance de la portion ascendante du duodénum au-dessus et derrière un pli séreux soulevé par l'artère colique gauche supérieure. Rare et à peine ébauchée chez l'adulte, elle est assez souvent bien développée chez le nouveau-né (1).

Le repli-paraduodénal mésentère de l'artère colique gauche supérieure qui détermine la fossette dont il forme la paroi antérieure est falciforme et semi-lunaire, sa face antérieure est libre, la postérieure regarde la cavité de la fossette. Haut de 4 à 5 centimètres, large de un centimètre ce repli est formé de deux feuillets et renferme dans son épaisseur les rameaux de l'artère colique gauche supérieure qui se portent transversalement en dehors vers l'angle sous-splénique du côlon. L'orifice très large regarde à droite et en avant, il est limité par le bord du repli.

Cette description classique est calquée sur celle de Lanzert :

« C'est une fossette vasculaire limitée, en haut,

---

1. Les observations de fossettes duodénales chez le fœtus sont loin d'être exceptionnelles ; cependant Andrew (Aberdeen university) cherchant à prouver que les replis qui limitent les fossettes péri-duodénales ne peuvent être d'origine congénitale, affirme que sur quarante-sept fœtus examinés, un seul présentait un de ces recessus. Ce chiffre paraît bien inférieur à la réalité.

par un repli contenant la veine mésentérique inférieure, à gauche, par un repli contenant l'artère colique gauche, en bas pas un repli mésentérico-mésocolique et à droite par le mésentère de l'intestin grêle. »

Les rapports de la fossette avec l'artère colique sont un peu plus variables que ceux qu'elle affecte avec la veine mésentérique.

Nous avons pu observer plusieurs fossettes para-duodénales dont la limite gauche était un repli développé aux dépens du feuillet antérieur du mésocolon descendant, qui ne contenait pas l'artère colique qui cheminait au fond de la dépression. Mais, l'on notait constamment dans ce repli, plus ou moins près de son bord libre, la présence de la veine mésentérique inférieure (1).

Fossette rétro-duodénale

Signalée deux fois par Jonnesco sur des adultes, cette fossette est pour cet auteur le siège des hernies rétro-péritonéales droites.

Cette fossette dont on ne peut s'expliquer la pré-

---

1. Inversement l'on a décrit un recessus siégeant au-dessus et à gauche de la fossette para-duodénale typique et limité à gauche et en avant par un repli péritonéal développé aux dépens du mésocolon transverse, dans lequel cheminait la portion terminale de l'artère colique. La veine mésentérique suivait son trajet habituel, en dedans du recessus et sans déterminer un soulèvement péritonéal.

(J. Dobson, *Annals of Surgery*, 1905).

sence qu'à la faveur d'une absence d'accolement du duodénum siégerait entre ce dernier et l'aorte. Son orifice regarderait en bas, son fond atteindrait l'angle duodéno-jéjunal et le pancréas. Latéralement elle serait limitée par les deux replis séreux duodéno-pariétaux droit et gauche et sa profondeur serait voisine de huit centimètres.

Un recessus analogue mais inversement dirigé (fossette rétro-duodénale supérieure) a été observé (1), disposition d'un intérêt purement anatomique.

Fossette duodénale inférieure

Ce recessus péritonéal presque constant pour les classiques se présente lorsqu'il est bien développé sous l'aspect suivant : situé le long de la partie initiale de la portion ascendante du duodénum, il a la forme d'un cornet d'abondance accolé à l'intestin qu'il embrasse dans sa concavité.

Le sommet ou fond de la fossette est dirigé à droite et touche presque la racine du mésentère ; son orifice ou base, est tourné en haut. La fossette se trouve derrière un repli péritonéal triangulaire tendu du duodénum au péritoine pariétal, repli duodénal inférieur. Comprenant deux feuillets séreux ce repli ne contient ni vaisseaux ni graisse, il constitue une toile fine, délicate tendue par dessus l'angle rentrant duodéno-pariétal et laissant voir,

1. Poisson, thèse de Paris, 1895.

par transparence le duodénum qui monte vers le mésocolon transverse.

La fossette située derrière ce repli, est limitée à droite par la portion ascendante du duodénum ; en arrière elle répond au flanc gauche de la troisième vertèbre lombaire, sa profondeur, variable, peut atteindre plusieurs centimètres, en moyenne elle est de trois centimètres. Son orifice admet la pulpe de l'index, quelquefois deux doigts.

Nous avons rencontré cette fossette sur un peu moins de 50 o/o des sujets examinés (Jonnesco, 75 o/o) et son développement nous a paru fréquemment très peu marqué.

Parfois un prolongement de ce recessus s'insinue derrière la portion ascendante du duodénum.

Fossette duodénale supérieure

Située au niveau de l'extrémité supérieure de la quatrième portion du duodénum, cette fossette a la forme d'une hotte renversée dont l'orifice d'entrée regarde en bas et est opposé à celui de la fossette duodénale inférieure tandis que le fond est tourné en haut.

Elle est limitée à droite par le duodénum, en arrière par le péritoine pariétal, en avant par un repli péritonéal, repli duodénal supérieur. Ce repli est presque toujours vasculaire, très souvent en effet la crosse de la veine mésentérique inférieure

chemine dans son épaisseur, plus ou moins près de son bord gauche et quelquefois même le long de son bord libre. La fossette ainsi limitée repose sur le corps de la deuxième vertèbre lombaire, son fond s'arrête sur le corps du pancréas.

Cette fossette nous a paru aussi constante que la précédente. Son existence à l'exclusion de toute autre fossette duodénale est loin d'être exceptionnelle. Plus rarement nous avons constaté l'absence de la veine mésentérique inférieure dans le repli duodénal supérieur. Parfois enfin cette fossette est très développée et paraît suffisamment profonde pour admettre un segment intestinal.

Observation de hernie gauche développée dans la fossette para-duodénale (1)

(M. le professeur Nicolas)

Au pavillon n° 1 de la Faculté deux élèves qui se disposaient à étudier les viscères d'une femme morte à quarante-huit ans, constatèrent, après avoir relevé et étalé le mésocolon transverse que les anses grêles étaient complètement cachées par un repli péritonéal.

Le bord libre de ce repli s'étendait à droite jusqu'à la face antérieure du cæcum, le bord adhérent s'insérait un peu en dedans du colon descendant et de l'origine du colon iléo-pel-

1. M. le professeur Nicolas a bien voulu nous autoriser à publier ce cas.

vien. Cette lame ayant été attirée en haut et à gauche, l'on put étudier le sac péritonéal et son contenu.

La paroi antérieure du sac représentée par ce repli était évidemment constituée par deux feuillets péritonéaux.

Son insertion pariétale presque verticalement dirigée, s'étendait de la racine du mésocôlon transverse à la fosse iliaque gauche.

La paroi postérieure était constituée par le péritoine pariétal s'étendant entre la colonne vertébrale et le colon descendant.

L'orifice du sac béant, regardait directement à droite et son diamètre vertical était d'environ douze centimètres.

La veine mésentérique inférieure suivait en bas son trajet pariétal habituel un peu en dedans de l'insertion du repli constituant la paroi antérieure du sac ; plus haut, la veine pénétrait dans ce repli et cheminait dans celui-ci plus près de sa racine que de son bord libre jusqu'au mésocolon transverse.

Le tronc de l'artère colique gauche supérieure ne pénérait en aucun point ce repli péritonéal, elle croisait à angle aigu son insertion.

Cependant l'artère abandonnait à la paroi antérieure du diverticule une collatérale ascendante peu volumineuse qui quittait en haut le sac pour se jeter dans l'arcade de Riolan.

Le contenu du sac herniaire comprenait toute la portion flottante de l'intestin grêle.

En outre l'appendice iléo-cæcal long de près de quinze centimètres presque transversalement dirigé à gauche pénétrait dans le sac et s'insinuait entre l'iléon et la paroi postérieure.

Le sac n'adhérait pas à son contenu et un examen attentif

FIG. 1

Très volumineux sac para-duodénal

Le repli péritonéal qui constitue la paroi antérieure du sac masque tout le jéjuno-iléon.

Au-dessus de ce repli l'on aperçoit le deuxième coude duodénal et l'angle duodéno-jéjunal.

Dans ce repli près de sa racine l'on devine le trajet de la veine mésentérique inférieure.

(D'après des photographies stéréoscopiques).

ne révélait aucune anomalie importante du cadre colique ni des autres organes abdominaux.

La paroi antérieure du sac s'était nettement constituée aux dépens du feuillet antérieur du mésocôlon descendant.

Nous avons observé un autre cas de hernie gauche de disposition analogue mais d'un développement moins considérable.

Le contenu du sac était représenté par quelques anses jéjunales. L'orifice du sac était dirigé directement à droite. La paroi antérieure de celui-ci était de même constituée par un repli péritonéal constitué aux dépens du feuillet antérieur du mésocolon descendant. (1) Ce repli ne présentait que des connexions insignifiantes avec le mésocôlon transverse, son insertion pariétale suivait ici exactement le trajet de la veine mésentérique inférieure, le bord libre ne contenait aucune branche veineuse ou artérielle un peu importante.

L'on peut rapprocher de ces cas de hernie gauche celui décrit par le professeur Rogie, qui en diffère cependant par plusieurs détails importants.

Le gros intestin présentait son trajet classique, le côlon ascendant appliqué immédiatement contre la paroi abdominale postérieure était retenu par un méso très court.

Tout l'intestin grêle, le duodénum à part ainsi

1. Moynihan estime que la paroi antérieure d'un semblable sac est constituée par un seul feuillet péritonéal! (*Brit. med. Jour. Arris et Gale lectures*).

qu'une petite portion de l'iléon, était contenu dans une poche dépendant clairement du mésocôlon descendant.

Les vaisseaux mésentériques pénétraient le sac avec le mésentère de l'intestin grêle ; *tandis que la veine mésentérique inférieure et l'artère colique gauche* (1) *bordaient le sac en avant*, en arrière, c'est l'aorte qui limite l'anneau vasculaire.

Observation de hernie gauche développée dans la fossette para-duodénale (2) (Andrew)

Le grand épiploon relevé, aucune anse grêle n'apparaissait. Tout l'intestin grêle sauf les derniers quinze centimètres de l'iléon était dans un grand sac péritonéal.

A gauche, ce sac s'étendait jusqu'à la limite extrême de l'abdomen, à droite jusqu'au bord externe du muscle grand droit de ce côté.

A 2 cm. 5 environ au-dessus de la bifurcation aortique, un peu à gauche de la ligne médiane était une ouverture semi-lunaire qui regardait en bas et à droite vers le cæcum, dont elle était distante de cinq centimètres environ. L'artère coli-

---

1. Lorsque le tronc de l'artère colique répond exactement au rebord antérieur du collet du sac, l'orifice d'entrée qui ne peut s'étendre au-dessous de l'origine de cette artère, présente au maximum un diamètre vertical de 5 à 6 centimètres.

Il en est autrement lorsque l'artère colique nait haut de la mésentérique inférieure et chemine en arrière de la paroi postérieure du sac comme dans les observations précédentes, la limite inférieure de l'orifice est alors moins nette et son diamètre est souvent plus considérable.

2. L'auteur localise cette hernie à tort, nous semble-t-il, dans la fossette duodéno-jéjunale.

que gauche cheminait dans le repli qui limitait l'orifice à gauche. Ce repli se dirigeait vers l'angle duodéno-jéjunal et se terminait au niveau de la deuxième vertèbre lombaire.

La veine mésentérique inférieure était à gauche de cette ouverture *à environ 1 m. 5 du bord libre.*

Observation de hernie duodénale gauche (F. Pybus).

Le 29 décembre 1913, un jeune garçon âgé de cinq ans est conduit à l'hôpital d'enfants de Newcastle pour des accidents d'obstruction intestinale. Malgré un certain degré de ballonnement abdominal l'on note à gauche l'existence d'une masse très volumineuse (1), rénitente, légèrement mobile, sonore à la percussion.

L'on pose le diagnostic d'obstruction en rapport avec un foyer de péritonite tuberculeuse. Une laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée, je ne constate la présence d'intestin grêle que du côté droit de l'abdomen et dans la cavité pelvienne.

Cet intestin était congestionné, légèrement distendu. En attirant cet intestin de côté l'on découvrait une masse *recouverte d'un repli péritonéal dans lequel cheminait l'artère colique gauche.*

Cette tuméfaction paraissait contenir de l'intestin. Comme aucune anse vide ne put être rencontrée, l'on suivit l'intestin grêle de bas en haut et l'on vit alors l'appendice qui pointait par l'orifice d'un sac rétro-péritonéal. Par traction combinée à une pression sur le sac, le contenu fut facilement réduit, il était congestionné mais sans autre lésion.

1. De la taille d'un « œuf d'autruche ! »

Le contenu du sac comprenait *le cæcum, une portion du colon ascendant* et une grande quantité d'intestin grêle. *Le cæcum, le colon ascendant et la partie terminale de l'iléon présentaient un méso long.*

L'orifice du sac était situé à gauche de l'angle duodéno-jéjunal. Il était limité partout par un repli péritonéal qui s'épaississait au niveau de son bord libre; le contenu de ce bord libre ne put être très nettement déterminé.

L'orifice était de forme ovalaire, son diamètre vertical atteignait environ cinq centimètres et le diamètre transversal environ quatre. Cette ouverture admettait trois doigts et regardait à droite.

Le sac qui était nettement para-vertébral gauche, s'étendait en dehors, jusqu'au côlon descendant, en haut jusqu'au rein et en bas jusqu'à la fosse iliaque. J'essayai d'attirer au dehors le sac et de l'exciser, mais comme le temps pressait, j'oblitérai l'orifice en suturant le bord libre au flanc du duodénum par des points séparés au catgut.

Du sérum fut introduit dans le péritoine avant de fermer l'abdomen.

Bien que le jeune patient fut atteint de scarlatine, la guérison eut lieu sans incidents.

Au cours de l'opération, les détails anatomiques furent étudiés aussi complètement que possible. L'on nota l'absence d'autres fossettes duodénales.

Observation de hernie para-duodénale étranglée (Haberer) (1)

Une femme âgée de vingt-trois ans présente des signes d'occlusion intestinale avec grande distension abdominale.

Une laparotomie médiane sus-ombilicale est pratiquée.

Sous la racine du mésocolon transverse, une volumineuse tuméfaction est découverte qui s'étend en largeur de la colonne vertébrale à la rate et qui tend à écarter le côlon descendant de la paroi abdominale.

Cette hernie diffère des autres cas habituels en ce que la quatrième portion du duodénum qui est très dilaté est comprise dans le sac.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est que l'intestin était étranglé par un repli duodénal qui contenait la veine mésentérique inférieure.

L'intestin n'ayant pu être retiré par traction, la bride péritonéale (2) constituée par ce repli fut incisée après que deux ligatures eussent été au préalable appliquées sur la veine d'ailleurs *thrombosée* (3).

---

1. L'auteur localise cette hernie dans la fossette duodéno-jéjunale.

2. L'étranglement au niveau du collet serait constant dans ces variétés de hernies pour Trèves, cependant plusieurs cas de volvulus ont été signalés. D'autre part, cet « étranglement » a été parfois incomplet ou inexistant comme le démontrait l'intégrité relative de l'intestin longtemps après le début d'accidents abdominaux.

3. Dans d'autres observations, l'intégrité de la veine mésentérique inférieure que l'on s'efforçait de respecter a été la cause de

L'incision de toute la paroi antérieure du sac put alors avoir lieu sans inconvénients; le côlon descendant siégeait notablement plus à gauche.

La réduction de tout l'intestin grêle qui était contenu dans le sac fut alors pratiquée sans incidents.

L'on oblitera le diverticule péritonéal au moyen de débris du sac et une guérison parfaite s'ensuivit.

Observation de hernie duodénale gauche (L. Knaggs)

Hernie para-duodénale à développement supérieur

John R..., âgé de vingt-deux ans, fait une chute du haut d'un échafaudage d'une hauteur de 15 mètres, le 23 mars 1904, entre 9 et 10 heures du matin. On le conduit de suite à la Leeds general Infirmary.

Il présente à l'examen une fracture diaphysaire de l'humérus droit, des ecchymoses et écorchures lombaires et une hématurie qui disparut dans les vingt-quatre heures. Le pouls reste à 100, la respiration à 24. Les autres signes que nous allons décrire sont purement abdominaux et l'on reconnaît ultérieurement qu'ils sont uniquement en rapport avec une affection qui est le sujet de cette description.

Au point de vue antécédents, l'on note une scarlatine un

---

sérieuses difficultés de réduction par suite de l'impossibilité d'agrandir suffisamment l'anneau herniaire.

Il en était ainsi dans le cas de Davis (*Boston med. and Surg. Journal*, 1914), qui ayant affaire à un sac para-duodénal très volumineux (de la taille d'un ballon de foot-ball !) dont le contenu était presque tout le jéjuno-iléon, eut beaucoup de peine à terminer la réduction.

an auparavant, avant laquelle la santé de cette homme n'a jamais été satisfaisante.

Il présentait depuis des douleurs au niveau de la partie inférieure de l'abdomen et celles-ci étaient souvent accompagnées d'un peu de diarrhée que le malade attribuait à un refroidissement. Ces douleurs abdominales étaient presque constantes. Durant la semaine précédente il se plaignit en outre de violentes douleurs gastriques et la diarrhée le tourmentait à un tel point qu'il ne put se rendre à son travail.

Le 23 mars au matin il se sentit indisposé, se rendit tard à son travail et peu après cet accident survint d'ailleurs purement attribuable à une défectuosité de l'échafaudage.

A l'admission, il présente un certain degré de shock sans qu'il s'agît de collapsus et reprend peu à peu conscience.

Aucun vomissement ne survient.

On note de la défense musculaire et l'absence d'impulsion respiratoire abdominale. Il n'y a pas de sensibilité à la pression mais le malade accuse des douleurs spontanées sous-ombilicales analogues à celles qui accompagnaient antérieurement la diarrhée.

La matité hépatique est légèrement diminuée et l'on ne note pas de matité anormale au niveau de la région splénique. La région intestinale est mate, particulièrement à gauche où l'on perçoit une thrill un peu incertain au niveau du flanc gauche

Le pouls se ralentit bientôt de 100 à 84.

Le soir, les signes abdominaux sont moins marqués, aucun vomissement ne survient et le patient se sent mieux.

Le lendemain 24 mars, à 2 heures de l'après-midi, le pouls qui a été pris toutes les heures s'est considérablement accéléré.

L'abdomen est plus ballonné contracturé, immobile, mais n'est pas douloureux à la pression.

Il y a un thrill en rapport avec la présence de liquide et de la matité mobile, au niveau des flancs.

Les urines sont en quantité suffisante.

La malade vomit au cours de son examen, pour la première fois depuis son admission, environ trois quarts de litre de liquide orangé d'odeur intestinale marquée.

La physionomie ne suggère pas l'existence d'une affection abdominale.

L'on décide d'intervenir de suite.

A 4 heures de l'après-midi sous-anesthésie à l'éther une laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée.

L'abdomen contient beaucoup de liquide de couleur brune, un peu boueux et sans odeur mais des cordons d'exsudat d'aspect sale sont ramenés par les compresses de la cavité pelvienne.

L'incision est prolongée au-dessus de l'ombilic et jusqu'à la symphyse pour permettre un examen plus satisfaisant.

L'intestin visible ne présente rien d'anormal, les anses d'intestin grêle ne sont ni distendues ni affaissées.

Le cæcum distendu proémine juste à droite de l'incision.

Le côlon transverse affaissé siège à la partie supérieure, *au-dessus de celui-ci est une tuméfaction proéminente* de couleur rouge sombre que l'on prend un instant pour l'estomac.

Le côlon ascendant siège à droite de la tuméfaction.

L'incision est étendue jusqu'à une distance de trois centimètres environ du cartilage ensiforme.

La tuméfaction rouge sombre est alors complétement exposée.

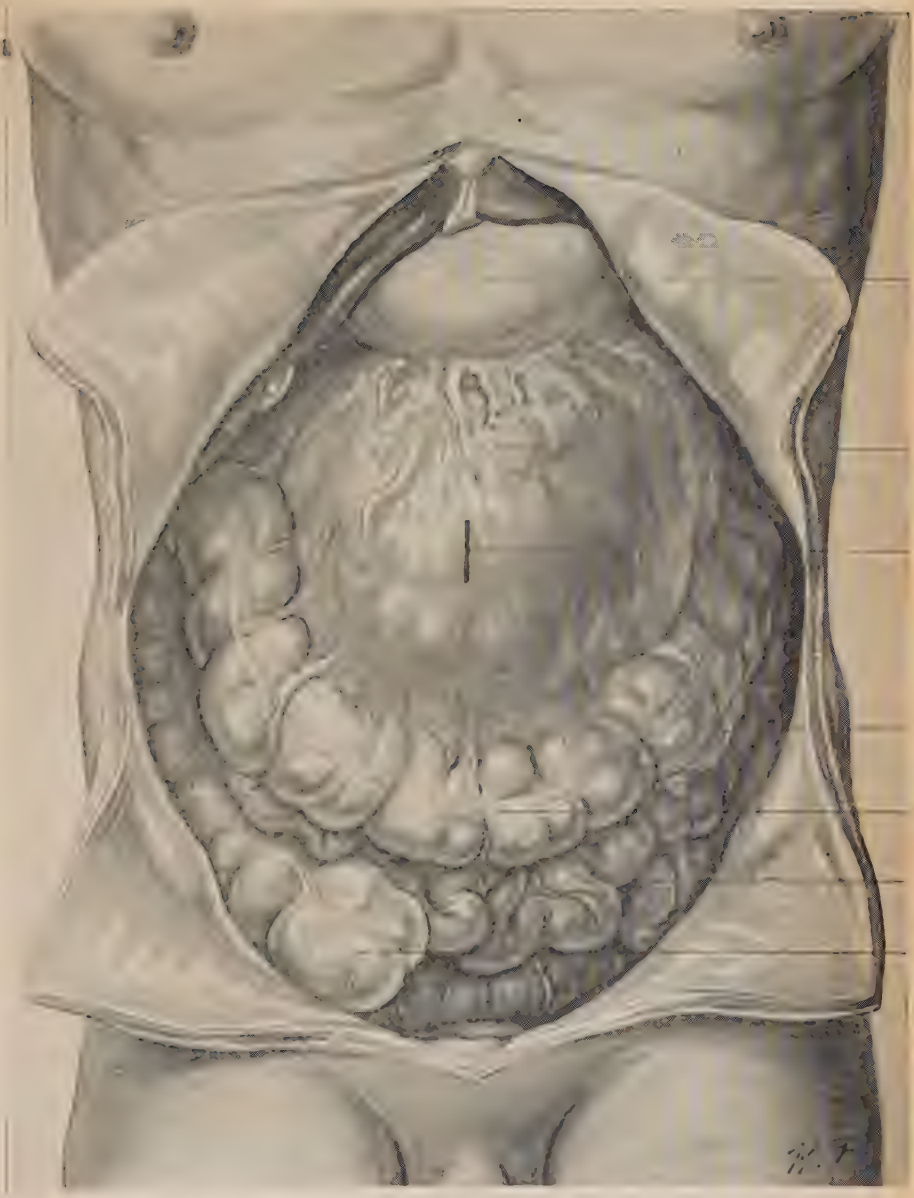

Fig. 3. — Hernie paraduodénale à développement supérieur
Le sac bombe recouvert du mésocolon transverse et du ligament gastro-colique.

En soulevant l'angle supérieur de l'incision, l'on voit l'estomac pâle affaissé et petit siégeant très haut et très profondément, sur la face antéro-supérieure de la tuméfaction, incliné en arrière vers la paroi abdominale postérieure.

Cette tuméfaction apparaît alors bien nettement, elle est de forme globuleuse mais plutôt aplatie d'avant en arrière, ses diamètres transversal et vertical sont d'environ 20 centimètres. Le côlon transverse muni d'un mésocôlon siège autour de sa circonférence inférieure et empiète légèrement sur sa face antérieure. La tuméfaction qui a un aspect kystique, transparaît à travers le ligament gastro-colique, régulière arrondie et de couleur rouge bordeaux.

Elle est tympanique et des mouvements de reptation de l'intestin incarcéré se dessinent.

L'on peut insinuer la main sous le rebord inférieur de celle-ci.

Au-dessous et derrière le côlon transverse vers la ligne médiane, le doigt s'engage sans résistance dans un orifice jusque dans l'intérieur de celle-ci.

Le colon tranverse est muni d'un méso distinct, sa face inférieure est beaucoup plus large que la supérieure et paraît se confondre avec les enveloppes de la poche.

Le côlon transverse et l'épiploon étant fortement soulevés on voit l'intestin grêle pénétrer la poche au niveau de sa face postéro-inférieure.

On décide d'ouvrir la poche au niveau de sa face antérieure qui proémine entre l'estomac et le côlon, à travers l'épiploon gastro-colique.

On tasse de la gaze dans l'abdomen tout autour et l'arrière cavité est ouverte en déchirant de ligament gastro-colique.

On tombe en dernier lieu sur la paroi de la poche qui est constituée par deux feuillets : la paroi postérieure de l'arrière-cavité et la membrane propre de la poche qui sont incisées en leur point le plus saillant.

Une certaine quantité de liquide inodore s'échappe et l'on en éponge plus encore. L'intestin grêle apparaît long de plusieurs « pieds ».

Les anses sont légèrement congestionnées et couvertes d'exsudat jaunâtre qui en agglutine les différentes parties, cependant ces adhérences sont facilement séparables.

Les rebords de l'ouverture du sac étant fixés par des pinces, le côlon transverse est ramené en haut et une traction est exercée sur l'intestin émergeant de l'orifice herniaire. Deux mètres à 2 m. 1/2 de grêle, environ sont aisément retirés avant que l'on arrive à l'origine du jéjunum.

L'on ne découvre aucune constriction mais l'intestin retiré est fortement distendu plutôt enflammé dans toute sa longueur et présente des couches d'exsudat jaune en traînées longitudinales, deposé entre les replis intestinaux. Quelques-unes des dernières anses retirées sont couvertes d'exsudat comme si elles avaient été badigeonnées de crème (custard pudding). Celui-ci ne recouvrait que le contenu du sac.

L'ouverture du sac est de forme circulaire et atteint environ neuf centimètres.

Elle est située au niveau de la face postérieure du feuillet inférieur du mésocôlon transverse juste à gauche de la colonne vertébrale.

Son bord est arrondi mais non induré. Au dessus du rebord postérieur de cet orifice est le commencement du

jéjunum qui tandis qu'il siège dans le sac est fixé à la paroi abdominale postérieure :

On a l'impression que la saillie herniaire a pris naissance dans la racine du mesocolon transverse et superficiellement à l'angle duodéno-jéjunal.

L'opération est terminée de la manière suivante : le sac est asséché par l'incision faite au niveau de sa face antérieure.

L'orifice est alors rétréci par un surjet à la soie appliqué au-dedans du sac par les rebords de l'ouverture et est ensuite fermé par des sutures qui le fixent au jéjunum.

Les sutures pratiquées, à travers les rebords de l'anneau, n'ont été que superficielles de peur d'intéresser un gros vaisseau.

Les rebords de l'incision de la paroi antérieure du sac sont alors fixés à l'angle supérieur de la plaie pariétale et l'intérieur du sac est bourré de gaze.

On suture la plaie après avoir mis un drain pelvien dans l'angle inférieur de l'incision.

Le patient est dans un état de collapsus marqué à la fin de l'opération. On lui injecte environ 1500 grammes de sérum. Son état reste très critique durant trois jours, néanmoins le 31 mars il est en voie de guérison.

Malheureusement la plaie abdominale s'infecte, s'ouvre et ne se cicatrise que par bourgeonnement.

La cavité du sac se rétrécit petit à petit et se ferme, le malade quitte l'hôpital guéri le 15 mai.

Le malade n'est examiné qu'à de grandes intervalles depuis ; il se dit très amélioré, au point qu'il enlève sa ceinture abdominale, ce qui amène une distension de la cicatrice Neuf mois plus tard, le 5 décembre, il meurt de fièvre typhoïde.

L'autopsie a pu être faite. A l'ouverture de l'abdomen, au niveau de l'incision pratiquée dans le ligament gastro-colique est une cicatrice fibreuse étoilée.

Une large adhérence épiploïque fixe le côlon transverse à une anse d'intestin grêle sous-jacente.

Celle-ci est divisée, le côlon transverse et le grand épiploon sont relevés pendant que l'intestin grêle est retiré jusqu'à peu de distance de l'angle duodéno-jéjunal. Tous les organes sont alors clairement exposés.

Aucune trace d'ouverture n'est visible dans le mésocôlon, mais une poche péritonéale très remarquable est découverte contre la paroi postérieure de l'abdomen immédiatement à gauche de la colonne vertébrale et juste au-dessous de la racine du mésocôlon transverse.

L'orifice de cette poche ayant été élargi et attiré en avant par le pouce et les doigts d'une main, sa cavité paraît suffisamment profonde pour admettre une orange très volumineuse.

Elle a au moins huit centimètres de profondeur et sur son plancher l'on devine le pancréas derrière sa paroi.

Au premier abord, cette poche est flaccide, aplatie et vide, sauf en ce qui concerne quelques centimètres de jéjunum :

Dans le repli péritonéal qui limite le rebord de l'orifice l'on trouve la veine mésentérique inférieure, montant à gauche, elle en contourne la portion supérieure avant de disparaître sous le bord inférieur du pancréas pour rejoindre la veine splénique.

Juste au moment où la veine s'infléchit elle reçoit un affluent de la partie gauche du mésocôlon transverse.

L'auteur termine en répétant que l'orifice siège à gauche de la colonne vertébrale. Il suppose que la veine mésentérique inférieure à été un facteur important dans la constitution de ce diverticule et il explique sa confusion opératoire en disant que l'orifice du sac était basculé en avant si bien que le mésocolon transverse relevé il parut développé dans ce dernier.

Cette longue observation est instructive.

L'auteur croyant avoir affaire à une tuméfaction sus-mésocolique fendit le ligament gastro-colique et n'ayant rien trouvé dut sectionner la lame directe du grand épiploon et le mésocolon transverse fusionnés comme de règle.

Cette voie détournée qui ne donnait qu'un accès insuffisant sur le collet du sac était en outre dangereuse car elle renseignait mal sur le trajet des vaisseaux.

Observation de hernie para-duodénale étranglée (A.-H. Tubby).

Une malade âgée de soixante ans qui a eu huit ans auparavant une crise de coliques avec expulsion de calculs, présente le 24 février 1898 des douleurs vives au niveau de la région vésiculaire, accompagnées de frissons et de phénomènes d'occlusion intestinale.

26 février. — L'abdomen se distend et une défense musculaire généralisée s'établit, on note en outre de la matité au niveau de l'hypocondre droit. La malade a des nausées mais

aucun vomissement ne survient. Le pouls tend à s'accélérer et à s'affaiblir.

27 février. — La distension abdominale est considérable, la respiration est costale, le pouls est à 102. A 11 heures du soir, les douleurs et la distension se sont encore accrues, la malade vomit, le pouls est filant et irrégulier.

L'on pose le diagnostic d'obstruction calculeuse.

A l'opération, de nombreuses anses d'intestin grêle apparaissent distendues. Tout cet intestin est exploré sans succès en vue de la recherche du calcul mais l'on découvre au cours de cet examen une hernie étranglée rétro- péritonéale dans la fossette duodéno-jéjunale (1).

Une anse d'intestin grêle distante de cinquante centimètres environ de l'angle iléo-cæcal est logée dans le sac. Elle en est extraite avec beaucoup de difficulté.

Le sac est asséché, l'incision est suturée et la guérison a lieu sans incidents.

Il s'agit en résumé d'un étranglement de la portion terminable de l'intestin grêle, ce qui explique la présence de signes d'occlusion aiguë typique.

Cette observation diffère des précédentes non seulement par le peu d'étendue du segment intestinal incarcéré mais encore par les difficultés de la réduction et le degré de striction.

---

1. Il s'agit au contraire d'une hernie *para-duodénale*, d'autant plus que la veine mésentérique inférieure et vraisemblablement l'artère colique gauche étaient en rapport immédiat avec le collet du sac.

Origine des hernies gauches

La pathogénie suivante a été attribuée à ces hernies gauches.

Les anses intestinales passent sous la veine mésentérique inférieure et l'artère colique gauche, refoulent peu à peu devant elles le feuillet antérieur du mésocôlon transverse et arrivent à se loger totalement sous le pli ainsi formé.

Il s'ensuivra nécessairement que la paroi antérieure sera formée de deux feuillets. Finalement le mésentère se soude aux deux lèvres de l'orifice et la hernie est constituée, si celle-ci est de très gros volume elle arrive jusqu'au côlon descendant dont elle n'est séparée que par le feuillet antérieur du mésocôlon refoulé en dedans de la poche et le côlon semble inclus dans cette poche (1).

---

1. En réalité, lorsque le sac herniaire présente un grand développement vers la gauche, le côlon descendant répond en général à sa face postérieure.

Exceptionnellement en cas de persistance d'un mésocolon descendant libre, le sac bombe derrière le colon descendant, le déborde plus ou moins à gauche si bien que ce colon chemine le long de la paroi antérieure du sac herniaire, c'est cette dernière disposition qui est signalée dans l'observation d'Herbet :

A l'ouverture de l'abdomen d'un sujet de quarante ans, l'on n'aperçoit pas d'intestin grêle, le grand épiploon, étant relevé, mais l'on voit au milieu de la région latérale gauche une masse volumineuse d'aspect kystique qui se prolonge surtout dans le petit bassin où elle refoule en avant la vessie.

L'extrémité supérieure de cette masse remonte jusque vers la grosse tubérosité de l'estomac. Son grand axe a près de trente-

« Toutes les hernies réto-péritonéales gauches se développent de cette façon et c'est une conséquence de leur mode de formation qui est identique. »

---

trois centimètres, tandis que son petit axe a environ dix-sept centimètres.

Il s'agit d'un énorme sac herniaire qui contient tout l'intestin grêle, moins la première portion du duodénum, la moitié supérieure de la deuxième et les 5 ou 6 derniers centimètres de l'iléon.

L'orifice de ce sac haut de 5 centimètres, large de 2 à 3 présente un bord antérieur, le long duquel chemine la veine mésentérique inférieure et un bord postérieur qui répond aux quatrième et cinquième vertèbres lombaires.

« Le péritoine en rapport avec le côlon descendant à une disposition remarquable.

A gauche c'est une lame mince soulevée par les anses intestinales grêles qu'elle laisse apercevoir par transparence, elle se continue avec le péritoine de toute la partie latérale gauche de l'abdomen depuis la rate jusqu'au petit bassin.

Cette lame est parcourue par de fines ramifications vasculaires allongées venant des vaisseaux de la paroi, les artères très grêles ne forment pas d'arcades et ne concourent pas a la nutrition de l'intestin.

A droite, le péritoine qui quitte le côlon descendant forme au sac une paroi plus épaisse, il réunit le côlon descendant à la moitié gauche du côlon transverse en haut, plus bas, au niveau du sacrum, il se continue avec le mésocôlon pelvien, enfin, au niveau de l'orifice du sac, il se réfléchit pour tapisser ce sac intérieurement.

Des vaisseaux parcourent cette lame péritonéale, mais, volumineux, présentant une disposition en arcade, ce sont vraiment des vaisseaux nourriciers de l'intestin...

On peut suivre les veines jusqu'à la veine mésentérique inférieure qui nous l'avons dit, se voit au niveau de l'orifice du sac quand on soulève un peu le colon transverse pour faire bâiller cet orifice. »

L'auteur qui avait nettement noté la présence de la veine mésentérique et des branches de l'artère colique dans la paroi antérieure du sac, était néanmoins arrivé à cette conclusion qu'il ne pouvait s'agir que d'une hernie dans la fossette duodéno-jéjunale de Treitz.

Cette opinion était appuyée sur ce que la recherche d'une fossette para-duodénale schématique au niveau de la paroi posté-

Cette conclusion nous paraît trop générale. Parfois, les diverticules péritonéaux que l'on a décrits présentaient des connexions suffisantes avec le mésocolon transverse pour qu'on ait pu les supposer développés à ses dépens. Fréquemment au contraire les replis observés présentaient des connexions si faibles avec le mésocolon transverse et par contre tellement importantes avec le mésocolon descendant, que l'on est conduit logiquement à les supposer développés aux dépens de ce dernier (1).

Il semble de même que l'on a insisté avec exagération sur l'invariabilité du trajet des vaisseaux dans les replis péritonéaux qui contribuent à constituer le sac de ces hernies gauches et sur le rôle de l'artère colique dans la pathogénie de ces hernies. Parfois (fossette para-duodénale typique) l'artère colique gauche occupe le bord libre d'un repli péritonéal dont elle paraît être le vaisseau directeur (2).

D'autres fois, l'artère ne chemine pas dans ce repli péritonéal mais lui abandonne une collatérale plus

---

rieure du sac avait été infructueuse. Or, cette fossette était représentée par le sac tout entier de cette énorme hernie para-duodénale typique.

1. La continuité de ces deux mésos, explique que tous les modes de développement intermédiaires soient possibles.

2. Il a été attribué (Poisson 1895) un rôle essentiel à l'artère colique dans la constitution du sac des hernies rétro-péritonéales gauches. Cette artère briderait la lèvre antérieure de l'orifice du sac et le maintiendrait béant et inextensible. Le trajet de l'artère est trop variable pour que cette hypothèse soit acceptable dans tous les cas. Il en est tout autrement de la veine mésentérique inférieure. Son trajet dans une grande étendue ou la totalité de ces replis péritonéaux est, suffisamment constant (bien

ou moins importante qui se termine au voisinage du tronc principal ou s'engage dans le mésocolon transverse pour se jeter dans l'arcade de Riolan.

---

qu'elle puisse cheminer plus près de leur bord adhérent que de leur bord libre) pour qu'on ne puisse s'empêcher de lui supposer un rôle dans leur constitution.

Il est vraisemblable que la veine est durant la vie fœtale l'amorce d'un repli péritonéal qui se développe ensuite peu à peu.

D'autre part, le fond du cul-de-sac que ce repli contribue à ménager, se déprime sans cesse sous la poussée des anses intestinales si bien qu'un sac volumineux développé aux dépens du feuillet droit du mésocolon descendant se constitue.

L'on a supposé au contraire récemment (Moynihan) que tous les replis délimitant les fossettes péri-duodénales étaient attribuables à des adhérences fœtales entre les feuillets gauche du méso-duodénum et droit du mésocolon descendant.

Cette théorie acceptable en ce qui concerne les fossettes duodénales supérieure et inférieure cesse complètement de l'être pour les replis péritonéaux qui contribuent à constituer ces fossettes para-duodénales géantes, replis qui ne présentent aucun rapport immédiat avec le duodénum et qui ont une direction bien différente des précédents.

Ce n'est d'ailleurs à peu de chose près qu'une réédition de la théorie de Treitz qui pensait que tous les plis de cet ordre étaient des plis de traction, théorie à rejeter parce que l'évolution de l'anse intestinale est le plus souvent terminée avant la constitution des fossettes duodénales gauches.

Fossette mésentérico-pariétale (1).

L'on a constaté à plusieurs reprises l'existence d'un recessus péritonéal siégeant entre le segment juxta-duodénal du mésentère et la paroi abdominale postérieure.

La limite supérieure de ce recessus répondait à la troisième portion du duodénum et à l'origine du jéjunum.

La paroi postérieure était constituée par le péritoine pariétal. La paroi antérieure formée par le mésentère présentait au niveau de l'orifice d'entrée

---

1. L'on a voulu attribuer à Waldeyer la priorité de la description de ce diverticule. Les conclusions de cet auteur ne sont pas convaincantes à cet égard : « Je voudrais insister sur l'importance du rôle des vaisseaux mésentériques dans la constitution de replis et fossettes péritonéales. Il en est particulièrement ainsi pour l'artère mésentérique supérieure là où elle se recourbe vers le bas en décrivant une courbe à légère concavité droite. J'ai assez fréquemment, chez l'embryon, observé une fossette dans la concavité de cette arcade, *dans le mésentère*. Lorsque l'artère est proéminente, la fossette est susceptible d'avoir jusqu'à 0 cm. 5 de profondeur.

J'ai constaté l'existence de cette fossette quatre ou cinq fois sur quinze embryons de quinze à vingt semaines. A une période plus avancée elle semble disparaître. Chez l'adulte je n'ai jamais observé de fossette semblable, mais il est à noter qu'un certain nombre de hernies *dans le mésentère* et à travers *des fissures* de celui-ci ont été décrites ; peut-être relèvent-elles de faits de cet ordre. »

L'on doit à Broesike la première description d'une hernie mésentérico-pariétale accompagnée d'une interprétation exacte des faits et à Poisson, d'avoir envisagé la question d'une manière moins étroite.

de la poche un pli para-jéjunal de forme triangulaire dont le bord libre falciforme était dirigé à gauche. La corne supérieure de ce repli se perdait sur le jéjunum tandis que la corne inférieure répondait à la racine du mésentère.

Le fond de la fossette dépassant les vaisseaux mésentériques s'insinuait entre le mésocolon ascendant et le péritoine pariétal.

Cette fossette est indiscutablement le siège de certaines variétés de hernies droites dont Broesike a observé un cas typique :

« Les deux élèves occupés à disséquer un jeune sujet de deux ans et demi de sexe masculin m'appelèrent pour constater que chez ce sujet tout l'intestin grêle était situé dans la moitié droite et par contre tout de gros intestin dans la moitié gauche de la cavité abdominale.

Je songeai d'abord à un cas de mésentère commun tel que Gruber et d'autres auteurs en avaient décrits dans de semblables conditions de position des intestins.

Cependant, en examinant de plus près la cavité abdominale, l'on voyait tout d'abord que l'intestin grêle et le gros intestin communiquaient par une ouverture située à la hauteur de la dernière vertèbre lombaire, ouverture qui ne représentait rien autre chose que l'orifice d'un grand sac herniaire situé dans la moitié droite de la cavité abdominale. Ce sac

contenait presque tout le paquet des anses intestinales.

Après avoir suturé l'incision et remis tous les organes en la place qu'ils occupaient à l'ouverture de la cavité abdominale, l'on constatait d'abord à un examen superficiel ce qui suit : le foie et en particulier son lobe gauche paraissait fortement développé en sorte que ce dernier butait à gauche contre la rate dont l'extrémité inférieure débordait de son côté le rebord thoracique de quelques centimètres ; par suite, tout d'abord, on ne voyait rien de l'estomac.

Au-dessous du foie, la tumeur herniaire tombait sous les yeux, elle avait à peu près le volume d'une tête d'enfant, soit environ onze centimètres de diamètre vertical et six centimètres de diamètre transversal. A travers la paroi assez transparente qui était sillonnée de fins cordons, l'on voyait nettement par transparence les anses de l'intestin grêle.

La tumeur herniaire occupait toute la moitié droite de la cavité abdominale et débordait un peu par sa portion moyenne sur la ligne médiane. A peu près le long de la limite comprise entre la portion antérieure et la portion gauche du sac herniaire le cæcum et le colon ascendant remontaient (1).

---

1. Le colon ascendant contourne habituellement en dehors le sac de ces hernies droites. Cependant en cas de persistance d'un mésocolon ascendant libre, *court*, le colon ascendant peut répondre à la paroi antérieure du sac. C'est l'équivalent de la disposition observée à gauche par Herbet.

La coexistence d'un méso long et d'une fossette mésentérico-

Le cæcum correspondait assez exactement à la symphyse au-dessus de laquelle il était immédiatement situé.

L'appendice relativement long et fort, courait à partir de ce point légèrement flexueux dans la direction du ligament de Poupart vers la droite et en haut à peu près dans la direction de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

De même que le cæcum l'appendice vermiculaire était libre de toutes parts.

Il possédait même un court mésentériole dont les deux feuillets se continuaient l'un avec la paroi antérieure, l'autre avec la paroi postérieure du sac herniaire.

Si en partant du cæcum nous suivions par en haut le colon ascendant celui-ci courait légèrement convexe à gauche jusqu'immédiatement au-dessous du foie où se trouvait l'angle colique droit.

Le colon ascendant était en même temps relié de telle façon avec le sac herniaire que son revêtement péritonéal passait d'une part sur la paroi gauche et d'autre part dans la paroi antérieure du sac en sorte que cette portion contribuait directement à former la paroi de ce dernier.

Le colon transverse qui déjà au niveau de la cour-

---

pariétale serait évidemment impossible, l'on serait en présence d'un cas de persistance du mésentérium commune, même s'il y avait fixation exclusivement cæcale de celui-ci (disposition purement théorique), il s'agirait non d'une fossette mais d'une lacune mésentérico-pariétale.

bure précédemment désignée sous le nom de flexure colique droite présentait un mésentère et un grand épiploon bien constitués se portait vers le bas jusqu'à peu près au voisinage du ligament gauche de Poupart et reprenait sa marche par en haut jusqu'au bord gauche du foie pour finalemement se continuer avec le colon descendant en formant un angle colique dirige en arrière.

Le colon descendant recouvert à un examen superficiel par le transverse était très court, accolé incomplètement seulement avec la paroi abdominale postérieure et se continuait avec une anse sigmoïde pourvue d'un méso relativement long. Celle-ci présentait de nombreuses circonvolutions et l'une de ses anses s'insinuait à droite entre le sac herniaire et la paroi abdominale postérieure, descendait dans le petit bassin pour se continuer finalement avec le rectum sur son côté droit.

Le gros intestin ne présentait, abstraction faite de longueur relative des mésocôlons transverse et sigmoïde, rien d'anormal.

Si l'on réclinait en haut le sac herniaire, l'on voyait nettement l'orifice dans lequel s'engageait à partir du cæcum la partie inférieure de l'iléon.

Six centimètres de ce segment intestinal étaient situés au dehors du sac herniaire, le mésentère de ce dernier était libre, long de quelques centimètres et sa racine s'attachait à la paroi du sac herniaire jusqu'au hile de la hernie.

Tout le reste de l'intestin grêle autant qu'on peut en juger était situé dans le sac.

L'orifice herniaire présentait à l'état de distension un diamètre de trois à quatre centimètres. Au niveau de ce dernier l'on voyait également, en dehors du segment iléal, une autre anse grêle.

Le bord antérieur de cette ouverture était traversé par l'artère mésentérique supérieure et par l'origine de l'iléo-colique.

Le bord libre de l'orifice était du reste un peu épaissi, éloigné du cæcum d'environ 6 centimètres et de la paroi abdominale postérieure, le sac herniaire étant soulevé, d'environ un à deux centimètres.

Le sac herniaire était complètement libre non seulement, en avant, à gauche, à droite et en bas mais encore au niveau de toute la partie inférieure de beaucoup la plus étendue de sa paroi postérieure qui n'était pas reliée à ce niveau à la paroi abdominale postérieure en sorte que l'orifice herniaire était situé dans la paroi postérieure gauche du sac herniaire complètement libre.

Les connexions du sac herniaire avec la paroi abdominale postérieure s'étendaient jusqu'à l'origine de l'artère mésentérique inférieure à l'aorte.

Supérieurement le sac venait buter contre le foie sans lui être accolé nulle part.

L'estomac et le duodénum étaient à peu près normaux ; la portion tranversale supérieure de ce dernier était nettement visible tandis que le reste du

duodénum était recouvert par la portion supérieure du sac herniaire située au devant de lui.

A droite la partie du sac herniaire reliée avec la paroi abdominale postérieure s'étendait en devenant graduellement plus étroite jusqu'au bord extérieur du rein droit qui était situé relativement haut et dont le tiers inférieur toutefois n'était plus recouvert par le sac mais par le péritoine. Si l'on extrayait toutes les anses grêles du sac herniaire, tout le colon reprenait à peu près sa place normale.

La racine du mésentère de l'intestin grêle courait alors exactement le long de l'artère iléo-colique et de l'artère mésentérique supérieure, depuis le cæcum jusqu'à l'orifice herniaire pour ensuite remonter le long du bord antérieur ou droit de ce dernier et finalement pénétrer dans l'orifice herniaire, avec le segment initial du jéjunum. A ce niveau cessait le mésentère jéjunal, libre immédiatement à côté de l'orifice herniaire et cette dernière partie de l'intestin se portait ensuite derrière le péritoine sur une longueur de quatre à cinq centimètres à gauche et en haut pour se continuer avec la portion ascendante du duodénum au moyen de l'angle duodéno-jéjunal.

Ce segment initial du jéjunum était rétro-péritonéal ; il ne courait donc pas dans le sac herniaire ni en arrière de sa paroi postérieure, mais pénétrait à peu près à un centimètre du bord de l'orifice herniaire à travers la paroi supérieure gauche de ce dernier. Son trajet répondait assez bien à celui de

la portion ascendante du duodénum au devant de laquelle il était situé et à laquelle il était rattaché par un tissu conjonctif ferme.

Si l'on remettait les intestins dans leur situation normale et que l'on examinait ensuite l'intérieur du sac herniaire en y introduisant le doigt, l'on avait la même impression qu'il était insinué entre les deux feuillets du mésocolon ascendant libre en grande partie, comme si en même temps tous les vaisseaux sanguins afférents étaient restés dans le feuillet gauche de cette portion du mésentère et que la hernie se fût distendue aux dépens du feuillet mésentérique droit. Si maintenant je rabattais les anses de l'intestin grêle extraites en-même temps que le colon ascendant librement mobile vers la gauche, et si j'ouvrais alors de nouveau le sac herniaire, l'on constatait que partout il était tapissé par un feuillet péritonéal transparent.

Les parois du sac herniaire étaient partout doubles, si ce n'est là où il était appliqué à la paroi abdominale postérieure. Cette surface avait un diamètre de quatre centimètres dans le sens vertical et de six centimètres dans le sens transversal.

Elle correspondait exactement à la partie descendante du duodénum et du deuxième coude duodénal, avec la plus grande partie de la face antérieure de la tête du pancréas. Le sac herniaire dans la partie où sa paroi ne comprenait qu'un seul feuillet péritonéal était accolé avec les organes précités. Tous

le reste de la paroi constituée par deux feuillets était libre de toutes parts. »

Observation de hernie rétro-péritonéale (Morestin)

En ouvrant l'abdomen d'un sujet destiné aux dissections, j'ai trouvé que la majeure partie des anses intestinales étaient voilées par un feuillet séreux et logées dans *la partie droite* de la cavité abdominale.

Les portions directement visibles de l'intestin étaient extraordinairement distendues, noirâtres, et présentaient par place des teintes feuille morte. Dans la cavité péritonéale une abondante sérosité roussâtre.

En suivant ces anses qui présentaient de la façon la plus manifeste les lésions de l'intestin étranglé, je vis qu'elles sortaient d'un orifice sur la ligne médiane au niveau des troisième et quatrième vertèbres lombaires, orifice qui faisait communiquer la grande cavité du péritoine avec une sorte de *sac occupant la partie droite de l'abdomen*.

Le siège de l'étranglement était précisément le bord de cet orifice. La partie étranglée présentait dans l'état de distension où je l'ai trouvée une longueur de soixante centimètres. Après avoir réséqué cette portion et lié les deux bouts, j'ai pu vider le sac de son contenu, c'est-à-dire de tout l'intestin grêle moins la partie que je venais de supprimer et les quinze derniers centimètres de l'iléon.

Ce dernier sortait par la partie postérieure de l'orifice, contournait le pédicule des anses étranglées en passant d'abord en haut puis en bas de ce pédicule et gagnait ensuite le cæcum par le plus court chemin.

Le gros intestin occupait sa situation normale mais le colon ascendant était repoussé en avant par la poche où logeait l'intestin grêle et faisait partie de la paroi antérieure de cette poche. On ne voyait point tout d'abord le duodénum ; de l'orifice on voyait sortir trois bouts d'intestin, les deux de l'anse étranglée et la partie terminale de l'iléon.

En se guidant sur l'estomac, on arrivait à retrouver le duodénum dont aucune partie sauf la première n'était visible dans la grande cavité du péritoine et qui était compris dans la partie droite puis supérieure de la poche et se continuait avec le jéjunum dans l'intérieur même de la poche.

Une fois celle-ci débarrassée de son contenu, nous avons pu constater qu'elle constituait un véritable sac séreux ; un sac herniaire rétro-péritonéal qui remontait en haut jusqu'au foie en repoussant la veine porte, descendait en bas jusqu'au cæcum et s'étendait à droite jusqu'à la crête iliaque et au rebord costal.

La paroi postérieure répondait à la face antérieure du rein.

Mais dans quel point du péritoine avait pu se faire cette hernie?

Il était assez difficile d'y répondre tout d'abord.

L'orifice du sac rétro-péritonéal paraissait tout d'abord proche du cæcum et l'on pouvait se demander si nous n'avions point affaire à quelque hernie dans une fossette voisine du cæcum.

Mais ce dernier organe était bien à sa place, il présentait sa conformation normale et toutes ses fossettes avaient leur aspect habituel.

Les rapports que le duodénum présentait avec la poche

nous faisaient au contraire supposer qu'il s'agissait de hernie dans une des fossettes péri-duodénales.

La dissection des vaisseaux mésentériques devait fournir d'utiles renseignements, *ces vaisseaux passaient au-dessus puis en avant de la poche.*

Le mésentère revenu sur lui-même, ramassé pour ainsi dire de façon à former un pédicule arrondi, *semblait se détacher de la partie antéro-supérieure de la poche.*

Il m'a semblé que la hernie avait dû se faire dans une des fossettes situées du côté gauche du duodénum ascendant, dans la fossette duodéno-jéjunale inférieure qui plus spacieuse et plus profonde est le siège le plus ordinaire de ces hernies rétro-péritonéales.

L'auteur nota que les anses contenues dans le sac n'étaient pas étranglées; c'est à la sortie de celui-ci qu'était la portion étranglée.

Les accidents qui précédèrent la mort furent attribués à une intoxication alimentaire et l'évolution avait été rapide.

Les conclusions ne cadrent pas avec la description, il s'agit au contraire d'une *hernie droite mésentérico-pariétale* non accompagnée vraisemblablement d'accolement jéjunal.

Observation de hernie rétro-péritonéale droite (Selby)

Un homme âgé de quarante ans ressent le 19 octobre une heure après le dîner, une douleur abdominale vive en barre. Quelques minutes après, des vomissements surviennent et se répètent.

La constipation s'établit et persiste absolue. Le 23 octobre

il présente des vomissements fécaloïdes et on le conduit à la Doncaster Infirmary où il nous informe de ce qu'il a eu deux crises douloureuses moins violentes antérieurement, l'une datant de vingt ans et l'autre de neuf.

A l'admission, à 10 h. 30 du soir, la température est de 39°9, le pouls est de 72 régulier, la langue est sèche, les douleurs sont peu intenses.

L'abdomen présente un ballonnement généralisé, il est mobile avec les mouvements respiratoires.

La matité hépatique est diminuée, peut-être parce que le foie est refoulé par l'intestin.

Le diagnostic d'occlusion aiguë attribuable vraisemblablement à une bride est porté.

Le 23 octobre à 11 heures, sous anesthésie à l'éther, une laparotomie est pratiquée. *Un grand sac est retrouvé dans la moitié droite* de l'abdomen.

Le cæcum est vide. Des anses d'intestin grêle fortement congestionnées sont trouvées au dehors du sac du côté gauche.

L'orifice du sac est découvert juste à droite de la ligne médiane un peu au-dessous de l'ombilic et regarde *en bas et à gauche*. Ses dimensions sont d'environ six centimètres sur deux centimètres et demi.

Le bord antérieur de l'orifice est épais, arrondi et *contient des vaisseaux*.

Une anse d'intestin grêle émerge de la partie inférieure de l'orifice, elle est légèrement infléchie sur elle-même et comprimée par le rebord antérieur de l'orifice, elle adhère au sac.

Le rebord de l'ouverture de celui-ci est sectionné entre

deux ligatures et une grande quantité d'intestin grêle en est retirée.

Le sac est alors librement ouvert et une grande partie en est excisée.

Une ou deux anses incarcérées sont de couleur rouge bordeaux. Le péritoine qui recouvre l'intestin distendu est brillant et plutôt poisseux.

Il n'y a pas de liquide dans la cavité abdominale.

L'iléon au-dessous et tout le colon sont vides et contractés.

Le côlon ascendant est refoulé à droite par le sac et le cæcum traîne haut de telle manière que l'appendice paraît naître de sa face antérieure.

En résumé, il s'agissait d'un cas de hernie duodénale droite.

Tout l'intestin grêle sauf les vingt derniers centimètres de l'iléon avait été dans le sac, mais quelques anses de la portion moyenne s'en étaient échappées.

La partie supérieure du jéjunum et la partie inférieure de l'iléon étaient fixées au sac par des adhérences.

La hernie existait sans aucun doute depuis longtemps car ces adhérences étaient fermes et fibreuses.

La durée de l'opération fut de trois quarts d'heure.

L'état du malade ne s'améliora à aucun moment, et il mourut vingt-quatre heures après l'intervention. L'autopsie put être pratiquée dix-sept heures après la mort.

Le sac siégeait au niveau de la paroi abdominale postérieure au-dessous et à droite de l'angle duodéno-jéjunal.

Quelques replis de la partie supérieure du jéjunum étaient adhérents à la face interne de la partie supérieure du sac.

L'épiploon adhérait au-dessus à la face externe de celui-ci.

Le lieu de la striction était sur le grêle à vingt centimètres de l'angle iléo-cæcal.

L'intestin était adhérent au rebord de l'orifice du sac au niveau de ce point et sur une étendue de deux ou trois centimètres au-dessus de celui-ci.

L'iléon était évidemment comprimé depuis assez longtemps à son émergence du sac.

Les crises antérieures de douleurs et de vomissements sont intéressantes à ce sujet.

L'auteur ne s'est pas très clairement rendu compte de ce qui fut la cause de l'occlusion.

CETTE HERNIE MÉSENTÉRICO-PARIÉTALE EST UNE VARIÉTÉ HAUTE JUXTA-DUODÉNALE QUI N'EST PAS ACCOMPAGNÉE D'UN ACCOLEMENT (1) DE L'ORIGINE DU JÉJUNUM.

Observation de hernie duodénale droite (CARSON)
(*Hernie mésentérico-pariétale haute*)

Un homme âgé de vingt-neuf ans présente des signes d'obstruction avec vomissements incessants, tuméfaction abdominale à droite de l'ombilic et péristaltisme à gauche.

---

1. Cet accolement n'est donc pas comme le croyait Brœsike une condition essentielle pour la constitution d'un pareil sac herniaire (Les exemples suivants sont encore plus démonstratifs à cet égard).

Ce fait est bien connu de sir B. Moynihan qui va jusqu'à distinguer des hernies mésentérico-pariétales hautes « para-duodénales » avec origine du jéjunum libre et des variétés immédiatement sous-jacentes « para-jéjunales » accompagnées d'une fixation de l'origine du jéjunum.

Cette classification nous paraît compliquée et insuffisante d'autant plus qu'elle ne fait pas état des variétés basses de hernies mésentérico-pariétales.

La paratomie démontre l'existence d'une hernie duodénale droite.

La quatrième portion du duodénum et l'angle duodénojéiunal sont munis d'un mésentère.

Observation de hernie duodénale droite.

(Page et J. Clarke)

Un homme adulte est admis au Saint-Mary's Hospital pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë. Il dit que le début a été marqué par une douleur vive qui a occasionné sa chute dans la rue.

Une laparotomie pratiquée par M. Page révèle l'existence d'une tuméfaction volumineuse, lisse, arrondie qui avait l'aspect d'un kyste de l'ovaire habituel, mais qui était sonore à la percussion.

Après avoir introduit la main dans la cavité abdominale l'on put réduire la totalité de l'intestin grêle par une ouverture située au niveau de la partie inférieure du sac herniaire. L'état du patient s'aggrava progressivement et la mort survint.

L'autopsie révéla la présence d'un large sac flaccide situé à gauche de la partie postérieure du mésentère et constitué par un double feuillet péritonéal.

Tout l'intestin grêle était facilement contenu dans ce sac.

La partie supérieure de l'iléon était fortement congestionnée sur une étendue de trente centimètres environ, le reste de l'intestin grêle était normal.

La portion congestionnée avait vraisemblablement subi une torsion dans le sac.

L'orifice de ce sac admettait facilement le poing. *Sa face antérieure était limitée par l'artère mésentérique supérieure* recouverte de péritoine, et sa face postérieure par le péritoine pariétal qui constituait la paroi postérieure du sac et s'arrêtait au bord interne du colon ascendant.

Le mésocolon transverse était court et sa racine suivait son trajet habituel.

On nota l'absence de la fossette duodéno-jéjunale.

La disposition paraissait d'origine congénitale et tout se passait comme si l'intestin grêle avait subi une rotation de 360 degrés d'abord vers la gauche, ensuite en arrière, puis en passant derrière les vaisseaux mésentériques vers la droite, enfin, en avant.

Le sac était constitué par la portion du mésentère s'étendant entre sa racine et les vaisseaux mésentériques.

Toute la TROISIÈME PORTION DU DUODÉNUM était à droite de ces vaisseaux et PRÉSENTAIT UN COURT MÉSENTÈRE.

Observation de hernie rétro-péritonéale droite (*Mésentérico-pariétale basse.*)

Le Dr Hedley Marsh, chirurgien de la Macclesfield general Infirmary, rapporte l'observation d'un homme âgé de trente-trois ans traité antérieurement pour un ulcère duodénal supposé qui présente subitement des signes de péritonite aiguë avec contracture du muscle grand droit du côté droit (1), hypothermie, et accélération du pouls à 140.

1. Au point de vue symptomatologique, un certain nombre de hernies « duodénales » restent latentes et sont des surprises d'autopsie, d'autres variétés déterminent des accidents d'occlusion

Une laparotomie paramédiane droite sus-ombilicale est pratiquée. L'estomac et le duodénum étant très distendus mais normaux, l'incision est prolongée vers le bas pour la recherche de l'appendice. L'on constate alors avec surprise, l'existence d'une masse qui SOULÈVE LE MÉSENTÈRE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE L'ILÉON ET PROJETTE AU DEHORS LE COLON ASCENDANT.

Plusieurs « pieds » d'intestin grêle furent retirés d'une sorte de tube péritonéal qui s'étendait jusqu'au rein droit en haut. La réduction fut effectuée et la guérison eut lieu sans incidents. L'auteur qui n'a pu trouver aucune observation clinique comparable localise cette hernie dans la fossette rétro-colique.

Le bombardement du mésentère avec propulsion en dehors du colon ascendant et le fait que la poche présente un prolongement sous le mésocolon ascendant (1) jusqu'au niveau de l'angle sous-hépatique du colon, démontrent qu'il s'agit d'une hernie dans

---

subaiguë ou aiguë. Les signes suivants ont alors été observés : une tuméfaction sous-ombilicale droite [et non gauche comme l'écrit Moynihan (A. et G. Lec. *Brit. med. Jour.*)] correspond à une hernie mésentérico-pariétale, cette tuméfaction siège en haut et à gauche en cas de hernie para-duodénale. L'on peut constater en outre dans cette variété la présence d'hémorroïdes, d'hémorragies rectales et de circulation abdominale collatérale par suite de la thrombose de la veine mésentérique inférieure.

Lorsque les accidents d'occlusion sont plus avancés la tuméfaction est péri-ombilicale et très volumineuse dans tous les cas et le diagnostic avec une occlusion aiguë typique quelconque avec obstacle, au niveau de la terminaison de l'intestin grêle, paraît des plus difficiles.

1. Ce fait isolé ne suffirait pas à éliminer la possibilité d'une hernie rétro-cæcale.

une fossette mesentérico-pariétale basse dont le grand axe est obliquement dirigé en haut et à droite.

Observation de hernie duodénale droite (Percy Paton.)

Un nourrisson du sexe masculin, âgé de trois mois, présente des signes d'invagination intestinale avec tuméfaction perceptible.

Une laparotomie montre qu'une grande partie de l'intestin grêle est engagée sous un repli péritonéal. La réduction est rapidement pratiquée, l'état du petit malade n'ayant pas permis d'autre investigation.

Il y eut une période d'amélioration suivie d'aggravation rapide et de mort le septième jour.

L'autopsie révéla l'existence d'une hernie rétro-péritonéale droite typique.

(La pièce est visible au Museum du College of Surgeons of England).

Hernie mésentérico-pariétale typique (Neumann.)

Une malade âgée de cinquante-cinq ans est admise à l'hôpital pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë.

Elle a perçu treize ans auparavant au niveau de la partie sous-ombilicale droite de l'abdomen une « induration ». Une constipation opiniâtre s'établit accompagnée de douleurs vives. Ces phénomènes disparurent en trois semaines et la malade a presque toujours eu depuis des selles régulières. Cette année de nouveaux phénomènes intestinaux se manifestent, mais qui diffèrent des précédents par leur gravité.

Le 4 août, de fortes douleurs abdominales surviennent au niveau du bas-ventre et sont accompagnées de hoquet et d'arrêt des matières et des gaz.

Le 5 août, la malade vomit un peu et le 8 les vomissements deviennent fécaloïdes.

A l'examen, le 10 août, le visage est un peu anxieux, les traits sont tirés et les yeux cernés. La température est de 36°8, le pouls est à 81, régulier. L'urine contient un peu d'albumine.

L'abdomen est légèrement distendu et surtout au niveau de sa partie sous-ombilicale. On note à l'inspection que des anses intestinales se dessinent animées de mouvements péristaltiques.

L'abdomen est sonore à la percussion.

Le rectum est vide et le toucher vaginal ne révèle rien de spécial.

L'examen de tous les orifices herniaires et de la région obturatrice est de même négatif. En présence de ces signes le diagnostic d'iléus mécanique est posé.

L'on élimine une occlusion par stase parce que, à part les accidents éloignés, la malade n'a pas eu de constipation antérieure, et une occlusion occasionnée par une tumeur ou un calcul biliaire en raison de l'absence d'antécédents spéciaux. L'âge de la malade fait rejeter le diagnostic d'invagination d'autant plus qu'il n'y a ni tuméfaction perceptible ni selles sanglantes. Il s'agit par conséquent d'un volvulus ou d'un étranglement interne.

La crise que la malade avait eu treize ans auparavant et dont les symptômes avaient été analogues quoique beaucoup moins accentués, vient corroborer cette opinion.

Pour ce qui est du siège de l'occlusion, elle ne doit être ni très haute, ni très basse, parce que, d'une part, les vomissements ont persisté durant plusieurs jours, et que d'autre part, l'abdomen n'est que modérément distendu.

L'état général s'aggravant rapidement l'on décide d'intervenir de suite.

Sous anesthésie à l'éther, une laparotomie médiane sous-ombilicale de dix centimètres est pratiquée.

A l'ouverture du péritoine les anses grêles qui apparaissent sont distendues, ont peu de tendance à faire saillie dans la plaie et sont surtout très peu nombreuses.

Un examen des autres organes n'ayant rien montré de particulier, l'auteur suivit l'intestin distendu et découvrit bientôt que celui-ci disparaissait tout près de la colonne vertébrale sous un repli tranchant arciforme.

L'incision est alors prolongée jusqu'à l'appendice xiphoïde. L'examen de l'étage sus-mésocolique de la cavité abdominale ne révéla rien d'anormal.

La racine du mésentère fut alors suivie. Elle présentait son trajet habituel de l'angle duodéno-jéjunal au voisinage de l'angle iléo-cæcal. Cependant, fait essentiel, L'INSERTION DE CETTE RACINE MÉSENTÉRIQUE ÉTAIT INTERROMPUE SUR UNE ÉTENDUE DE 10 CENTIMÈTRES, ET L'ON NOTAIT A CE NIVEAU L'EXISTENCE D'UNE ARCADE QUI S'ÉTENDAIT DE LA DEUXIÈME VERTÈBRE LOMBAIRE AU FLANC DROIT DE LA QUATRIÈME.

Cette arcade limitait en avant une fente dont la paroi postérieure était constituée par toute la largeur de la deuxième portion duodénale et au-dessous de celle-ci par l'aorte abdominale et la colonne vertébrale.

Par cet orifice, deux segments d'intestin faisaient saillie,

l'un supérieur distendu, l'autre inférieur aplati. Il était évident que l'anse supérieure représentait le bout afférent et l'inférieur, le bout efférent d'une hernie rétro-péritonéale étranglée.

Le segment afférent compté depuis l'angle duodéno-jéjunal atteignait une longueur de 1 m. 50 et son mésentère était plutôt long, tandis que le segment inférieur avait environ 55 centimètres avec un mésentère normal.

L'orifice herniaire conduisait nettement à droite de la colonne vertébrale et le sac contourné par le colon avait le volume d'une tête d'enfant.

L'auteur ne donne malheureusement aucun détail sur la réduction et la fermeture de l'orifice qu'il dit avoir pu effectuer.

Une guérison parfaite s'ensuivit.

Nous n'avons pu observer de hernie de ce type exceptionnel, mais nous avons constaté sur un sujet masculin adulte l'existence d'une fossette mésenté-rico-pariétale typique.

Origine des hernies droites

La présence d'un pareil diverticule est attribuable à une cause essentielle, l'accolement du mésocolon ascendant au péritoine pariétal de droite à gauche.

D'après la théorie classique :

« Le mésentérium commun se fixe *en premier lieu*

« suivant la ligne qui correspond au tronc de la mésen-
« térique supérieure par soudure entre la face posté-
« rieure du méso et le péritoine sous-jacent.

« Ainsi le méso primitif commun aux deux branches
« de l'anse intestinale se subdivise en deux mésos
« secondaires propres à chacune des branches de
« l'anse mais à racine commune.

« L'un flotte à gauche, et au-dessous du tronc de
« l'artère, c'est le méso de l'intestin grêle ou mésen-
« tère proprement dit et l'autre flotte à droite et au-
« dessus du tronc de la mésentérique supérieure il
« répond au colon ».

« La fusion se fait par étapes, elle progresse de haut en bas, et de la ligne médiane vers le côté droit.

Aussi la ligne d'implantation apparente du méso autour de laquelle flotte le colon ascendant se déplace-t-elle de plus en plus vers le flanc.

La hauteur de ce méso, c'est-à-dire la distance qui sépare sa racine de son attache à l'intestin diminue en proportion. Plus de quatre-vingt fois sur cent, l'accolement se poursuit jusqu'au bord droit de l'intestin moins de vingt fois sur cent l'accolement n'atteint pas cette extrême limite et le côlon ascendant reste pourvu d'un méso bas. »

L'origine de ce recessus para-jéjunal (mésentérico-pariétal) paraîtrait obscure si ces faits répondaient à la réalité.

L'on concevrait mal une fixation de la mésentérique supérieure qui respecterait sa portion juxta-

duodénale et porterait uniquement sur sa terminaison.

D'ailleurs, ainsi que le notent ces classiques sans en tirer de déduction :

« La racine secondaire des mésos de l'anse com-« mune commence en haut au niveau de l'origine de « la mésentérique supérieure, elle finit en bas et à « droite dans la fosse iliaque. »

Trajet qui n'est même pas celui de l'artère mésentérique libre dans le mésentère au niveau de sa portion terminale (1), mais bien celui de l'iléo-cæco-colique.

En réalité, la fixation du mésocolon ascendant se fait en premier lieu au niveau du colon et se poursuit de droite à gauche.

Que l'on suppose cet accolement incomplet au niveau de la portion juxta-duodénale de ce mésocôlon, et une fossette mésentérico-pariétale du type habituel pourra prendre naissance.

Un autre facteur est susceptible de favoriser, sans la commander, la constitution de ce recessus péritonéal, l'accolement du feuillet gauche de la partie toute supérieure du mésentère avec la face antérieure du méso-duodénum.

Cet accolement peut intéresser tout le méso, d'ailleurs de hauteur minime de l'origine du jéjunum qui peut apparaître comme un organe pariétal sous-péritonéal comme le duodénum.

1. Disposition déjà figurée par Toldt sur une planche ancienne et bien connue de plusieurs de ses prédécesseurs.
Plus rarement, au contraire, cet accolement centripète se poursuit jusqu'aux vaisseaux mésentériques ou même au delà, si bien que ceux-ci présentent un trajet entièrement pariétal.

Ce qui frappe à la lecture des observations des chirurgiens qui ont eu l'occasion d'intervenir pour des hernies péri-duodénales, c'est la difficulté qu'ils ont éprouvée à établir le point de départ précis de celles-ci.

Les quelques cas de hernies rétro-péritonéales droites, rapportés par les auteurs anglais, n'ont pas toujours été localisés dans une fossette mésentérico-pariétale susceptible de siéger à différents niveaux, mais relevant constamment de la même origine.

A gauche l'on a localisé dans la fossette duodéno-jéjunale de Treitz un nombre excessif de hernies (1).

En réalité les hernies de Treitz vraies sont très exceptionnelles et leurs caractères principaux paraissent être l'intimité de leurs rapports avec l'angle duodéno jéjunal et leur développement vers le haut.

En général, les hernies rétro-péritonéales gauches siègent dans une FOSSETTE PARA-DUODÉNALE qui s'étend fréquemment, mais non toujours jusqu'à la fossette duodénale supérieure. Les diverticules péritonéaux observés à gauche, présentent alors simultanément les caractères principaux de ces deux recessus.

---

1. Les comptes rendus de la Société anatomique d'Aberdeen (1902-1904), signalent un cas de hernie, où tout l'intestin grêle, sauf quinze centimètres, est contenu dans la fossette « duodéno-jéjunale. »

Le secrétaire de cette société écrit ultérieurement (*Brit. med. J.*), qu'un « examen plus attentif » démontre qu'il s'agit d'une *hernie para-duodénale*. Cette erreur est typique.

Elle est commise entre autres par E. Thomas, qui décrit deux

L'insertion du repli qui constitue la paroi antérieure et gauche du sac s'étend même fréquemment au-dessous de l'angle de l'artère et de la veine mésentériques pour se terminer au niveau du promontoire ou dans la fosse iliaque gauche (1).

Ce repli contient constamment à un niveau variable, sinon dans toute son étendue, la veine petite mésentérique, mais ses rapports avec l'artère colique gauche ou une branche ascendante de celle-ci sont moins réguliers.

En pratique, au point de vue chirurgical, il suffit de diviser ces hernies rétro-péritonéales en HERNIES GAUCHES qui présentent des rapports immédiats avec la *veine mésentérique inférieure* et moins constam-

---

exemples de « hernie duodéno-jéjunale de Treitz ». L'un chez un sujet de deux ans où 25 centimètres de jéjunum sont inclus dans le sac, l'autre chez un homme de trente-deux ans, où le sac herniaire s'étend sur une étendue de 18 centimètres environ, du mésocôlon transverse, à la fosse iliaque gauche, et contient 1 m. 80 de jéjunum.

De même, Robinson (*Cleveland med. Gazette*, nov. 1896) décrit une hernie « duodéno-jéjunale » chez un homme de trente ans.

25 centimètres de la partie supérieure du jéjunum étaient contenus dans le sac.

Dans le repli constituant la paroi antérieure du sac cheminaient la veine mésentérique et l'artère colique gauche (que l'auteur figure nettement, mais décrit comme étant l'artère petite mésentérique). Il s'agissait d'un cas de hernie para-duodénale haute.

Détail remarquable, au-dessus de la portion incarcérée qui était saine, le jéjunum présentait une dilatation longue de 30 centimètres, large de 15 nettement limitée à ses extrémités qui fut prise au premier abord pour l'estomac. L'auteur suppose que cette portion avait longtemps fait partie du contenu du sac et s'en était échappée.

ment avec le tronc où tout au moins une collatérale plus ou moins importante de l'artère colique gauche, et en HERNIES DROITES qui répondent directement en avant aux *gros vaisseaux du mésentère*.

---

1. Ces hernies para-duodénales sont également susceptibles de se développer vers le haut. Ce sont ces variétés qui ont été si constamment qualifiées de « duodéno-jéjunales ».

CONCLUSIONS

1° De toutes les fossettes duodénales et péri-duodénales celles qui présentent le plus fréquemment un développement considérable sont la fossette para-duodénale et accessoirement la fossette duodénale supérieure;

2° Les rapports de l'artère colique gauche avec le collet du sac des hernies para-duodénales sont variables;

3° La pathogénie généralement attribuée à ces dernières est trop exclusive et théorique;

4° Les observations récentes confirment la possibilité de hernies mésentérico-pariétales à tous les niveaux ainsi que le laissait prévoir l'embryologie.

Vu : le Président de la thèse :
NICOLAS

Vu et approuvé
LARNAUDE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Andrew. — Hernie duodéno-jéjunale (Lancet, 23 janv. 1903).

Arthur (*Mac*). — Surgery Gynecology Obstetrics. Chicago, 1906.

Barker (*A.-E.-J.*). — Observation de hernie duodéno jéjunale (Brit. med. Journ., 1906, vol. 1, p. 801).

Barrs. — A case of Strangulated retro-peritoneal hernia (Lancet, 1891).

Borchard. — Préparation de hernie duodéno-jéjunale avec un diverticule de Meckel (Ver. d. chirurgie, 1907, p. 28 et Presse méd., 13 avril 1907, p. 239).

Brœsike. — Hernies rétro-péritonéales et poches péritonéales, 1891.

Carson. — Hernie duodénale droite (The Lancet, 22 juin 1912).

Davis. — Boston med. and Surg. Journal, 1904, vol. CLXX.

Endres. — Contribution à l'étude du développement et de l'anatomie de l'intestin, du mésentère etc. 1892.

Finley and Mac Taggart. — Report of a fatal case of hernia through the fossa-duodeno-jejunalis (Montréal, m. j. t. XXIX, p. 613, 1900).

Furst. — Nordiskt Mediciniskt (Arkiv. Stockholm, 1884).

Gobiet. — Hernie duodénale de Treitz étranglée (W. Kl. W., n° 12, 1912).

Haberer. — Hernie rétro-périt. gauche (W. Kl. W., 1905, n° 11, p. 274 et Brit. méd. Journ. 1906, vol. 1, p. 883).

Hedley Marsh. — Hernie rétro-périt. droite (Brit. méd. Journ. 1912, vol. 1, p. 1364).

Herbet. — Hernie rétro-périt. gauche (Bulletin Société anatomique, p. 889-1903).

Herzky. — Hernie de Treitz et sa signification, 1901.

Jackson-Clarke. — A case of retro-perit. hernia (Pathological Soc. Trans., 1893).

Jonnesco. — Hernie duodénale et duodéno-jéjunale, 1889.

— Hernies internes, etc. Paris, 1890.

Kuppers. — Hernie rétro-mésentérique, 1899.

Lapeyre. — Hernie de tout l'intestin grêle dans la fossette duodéno-jéjunale (Bulletin Soc. anat. Paris, 1895, p. 692).

Lanzert. — Hernies rétro-péritonéales. Saint-Pétersbourg, 1872.

Lawford Knaggs. — Hernie duodéno-jéjunale (Brit. med. Journ., 1905, vol. II, p. 1449).

Morestin. — Hernie rétro-péritonéale (Bull. Soc. anat., 1896).

Moynihan (*Sir B. G. A.*). — Fosse duodéno-jéjunale (Brit. Méd. Journ., 1898, t. I, p. 1589 (Arris et Gale Lectures) et rétro-péritoneal hernia (Baillière, Tindall et Cox, 1899 p. 522).

Narath (*Utrecht*). — Pathologie et chirurgie de la hernie duodéno-jéjunale, 1903.

Neumann. — Deut. Zeit. of chirurgie, vol. 47, 1897.

Paton (*Percy*). — Hernie rétro-péritonéale droite (Clinical Soc. of London. March, 1906).

Pikin. — Hernies internes (Roussky Vratch, 25 février 1912).

Poirier, Charpy, Nicolas. — Traité d'anatomie.

Poisson. — Thèse de Paris, 1895.

Priestley (*Leach*). — Lancet, 6 juin 1903.

Primrose. — Hernie rétro-péritonéale attribuable à une artère colique moyenne aberrante (New-York med. Record, 19 septembre 1914).

Pybus (*Frederick*). — Hernie duod. gauche chez l'enfant (Brit. med. Journ., juillet 1914).

Robinson. — Peritoneal fossæ and retro-peri. hernia (Milwaukee med. Journ., 1895, t. III, p. 42-47).

Robinson. — Intra-abd. hernia and perit. pockets with report of a case. Cleveland (Med. Gazette, 1896, t. XII).

Selby. — Hernie duod. droite (Brit. méd. Journ. 12 mars 1904, p. 605).

Short. — British Journal of surgery. Bristol, 1915-1916.

Thomas (*E.*). — Deux hernies duodéno-jéjunales de Treitz (D. med. W. 1913, p. 2484).

Treitz. — Contribution à l'étude de hernies int. etc. Prague, 1857.

Tubby. — A case of retro-peritoneal hernia in which recovery took place after operation (British. med. Journ., 1898, vol. II, 1411).

Watjoff. — Cas rare de hernie interne (D. med. W., 27 avril 1899).

Zwaardemaker. — Hernia retrop. incarcerata (Nederlandsh militair geneeskunding Archief. 1884, Utrecht).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3385-17